

ممارسات الانجاب الصحي # 2

المشي و الحركة و تغيير المواضع خلال عملية الولادة

Michele Ondeck, RN, MEd, IBCLC, LCCE, FACCE

ملخص

تتطلب الرعاية التوليدية في الولايات المتحدة الى تدخل مكثف يؤدي الى خضوع واحدة من كل ثلاثة نساء الى عملية قيصرية, حيث يتم التعامل مع التنقل اثناء الولادة على انه تدخل بدلا من دعم العملية الفسيولوجية الطبيعية للولادة الامثل. تكون الولادة اسرع لدى النساء اللواتي يتخذن مواضع منتصبية و يتحركن اثناء الولادة مع تدخل اقل و شعور اقل بالالم, و يصفون تجربة الولادة على انها اكثر ارضاءا من النساء اللواتي يأخذن مواضع رقود عند الولادة. تستعرض هذه المقالة المبينة على الادلة للاميز انترناشونال "ممارسات الرعاية التي تعزز الانجاب الطبيعي. ممارسة الرعاية رقم 2: حرية التحرك خلال المخاض", نشر في مجلة بيرناتال ايديوكاشن, 16(3), 2007.

مجلة تثقيف الولادة (23) 4

الكلمات الافتتاحية: قابلية التنقل, المرحلة الاولى من المخاض, مواضع مستقيمة, تغيير المواضع.

عرّف كل من الكلية الامريكية للقابلات الممرضات و تحالف القابلة القانونية في امريكا الشمالية و الجمعية الوطنية للقابلات المعتمدة مهنيا, في بيان مجمع عليه بعنوان " دعم ولادة فسيولوجية صحية و طبيعية", الحمل و الولادة الفسيولوجية على انهم عمليات "مدعومة من قبل القدرات البشرية و الفطرية للمرأة و الجنين" (2012). و تضمن البيان ممارسات الرعاية الداعمة و تقنيات ذات تكنولوجيا منخفضة لتسهيل العملية البيولوجية الطبيعية للولادة (غور و رومانو, 2010). و تعتبر حرية الحركة خلال المخاض امنه و صحية و ذلك لانها لا تعطل العمليات الفسيولوجية الطبيعية (رومانو و روثيران, 2008). حيث ان العملية الفسيولوجية للولادة مصممه بحيث انه عندما يبدأ المخاض, تستجيب عضلة الرحم للاوكسيتوسن و تستجيب النساء لألم انقباضات الرحم من خلال التحرك لتقليل الألم. و في السيناريو المثالي, تبعث استجابة الألم اشارات للدماغ لمواصلة انتاج المزيد من الاوكسيتوسن و تصعب التقلصات اكثر فاعلية. و في المحيط الذي تشعر فيه النساء بالامان, يساعد البيتا-اندروفين على استجابة المرأة للالم باستخدام استراتيجيات التأقلم. و تعد الحركة واحدة من استراتيجيات التأقلم مع الالم و هي استراتيجية امنه و صحية و ذلك لانها لا تقوم جزئيا بتعطيل العمليات الفسيولوجية الطبيعية (رومانو و لوثيران, 2008). و في الحالات التي تشعر المرأة فيها بالتوتر و الخوف, يمكن لهرمون التوتر ان يرتفع و يبطئ عملية المرحلة الاولى من المخاض. ان فهم دور هرمونات الولادة و الحركة باريحيه و تطور الولادة يمكن ان يعطي النساء ثقة اكبر في عملية المخاض و الولادة و في قدرتهم على ادارة المخاض.

تقدر النساء خيار الحركة اثناء المخاض و معظمهن يشعرون ان عملية الولادة لا ينبغي ان تتدخل الا عند الضرورة الطبية (سكوتلادن و اخرون, 2010, ديكليرك و اخرون, 2013). حيث ارتفعت نسبة النساء اللاتي شملهن البحث و اللواتي يعتقدن

بأنه لا يجب التدخل في عملية الولادة من 46% في 2003 الى 59% في 2013 (ديكليرك و اخرون, 2013). بينما ذكرت النساء في دراسة في عام 2003 انهن شعرن بألم اقل عندما كن قادرات على الحركة اثناء المخاض. و ذكرت الدراسة اللاحقة في 2013 بعنوان الاستماع للامهات 3: ان 40% من الامهات قمن بتغيير مواضعهن اثناء المخاض و فقط 43% قمن بالمشي بعد الدخول الى المستشفى (ديكليرك و اخرون, 2003, دكليرك و اخرون, 2013). و تستدعي القاعده الطبية في الولايات المتحدة تقييد حركة المرأه اثناء المخاض, و ذلك على الرغم من عدم وجود دراسة اجريت قط تصرح بأن المشي خلال المخاض مضر لصحة النساء و اطفالهن (ستورتون, 2007). حيث ان عادة تقييد حركة المرأه اثناء المخاض مناقض لتوصيات منظمة الصحة العالمية و ممارسات الولادة الصحية للاميز انتيرناشونال (منظمة الصحة العالمية, 1996, شلينغ, 2009). ان هدف هذه المقالة هو تزويد مراجعة محدثة للدراسات المتعلقة بالحركة اثناء المخاض و مناقشة العوامل التي يمكن ان تقود الى عادة تغيير المواضع و تدعم تبني حرية الحركة كتمرين ولادة في البيئة الاجتماعية و الطبية الحالية, و ذلك لتسهيل عمل وظائف الاعضاء بشكل طبيعي اثناء الحمل و الولادة.

اساس الدلائل على الحركة اثناء المخاض

شملت مراجعة المادة المطبوعة المرجع المنظم لقاعدة بيانات كوشران التي تؤكد النتائج السابقة: نحن نؤمن بأنه حيثما كان ذلك ممكناً, فانه يجب اعلام النساء بفوائد المواضع المستقيمة اثناء المخاض و تشجيعهن على اتخاذ اي مواضع يخترنها و لا يجب تقييد خيارات حرية الحركة الا لاسباب طبية (لورنس و اخرون, 2013, ص 13). و فحص الباحثون 25 تجربة عشوائية او شبه عشوائية ل 5216 نساء, حيث استخدمت النتائج الواردة بالتقرير نسبة خطر متوسط للمعطيات الفئوية و تعني الفرق عن البيانات المستمرة. و في مقارنة المواضع المستقيمة و المتنقلة اثناء المخاض مقابل مواضع الرقود, وجد ان عملية المخاض تكون اقصر بحوالي ساعة و اثنتين و عشرين دقيقة للنساء اللواتي يتخذن مواضع مستقيمة و معاكسة لمواضع الرقود (معدل التشتت الاحصائي 1.36, 95% فاصل الثقة 2.22_ الى 0.51, 15 دراسة, 2503 نساء, اثار عشوائية, $T(2)=2.39$, $Chi(2) = 203.55$, $df = 14$, $(P < 0.00001)$, $I(2) = 93\%$). و بالاضافة الى ذلك, فان النساء اللواتي اتخذن مواضع مستقيمة اثناء المخاض كن اقل عرضة لاجراء عملية قيصرية (RR 0.71, 95% CI 0.54 to 0.94; 14 دراسة 14 2682 مرأه) و كن ايضا اقل عرضه للتخدير فوق الجافيه (RR 0.81, 95% CI 0.66 to 0.99), تسعة دراسات, 2107 مرأه; اثار عشوائيه 61% ($T(2) = 0.02$, $I(2) = 61\%$) (لورنس و اخرون, 2013).

شكك الباحثون في النوعية المنهجية للتجارب حيث ظهرت مشكلة اخرى في بيانات مرجع كوشران و هي ان الدراسات اجريت قبل 50 سنة في 13 دولة مختلفة في حين انه جرى هنالك العديد من التغييرات الثقافية في ادارة المخاض و توقعات النساء حول الولادة و ارتفاع استخدام التكنولوجيا. و في دراسات شملت النساء اللواتي تلقين التخدير فوق الجافة, لم تكن هناك اختلافات في مدة المخاض للمجموعات التي تم من خلالها مقارنة مواضع الاستقامة مقابل مواضع الرقود اثناء المخاض. واحدة من الدراسات المذكورة فقط فحصت نتائج موضع الاستقامة على الطفل و خلصت الى ان اتخاذ المواضع المستقيمة و المتنقلة تقلل نسبة دخول الطفل الى وحدة العناية المركزة لحديثي الولادة, 0.20, 95% CI 0.04 to 0.89, RR 0.20, 200 مرأه).

في حين ان هناك نقص في الدراسات التي اجريت بشكل دقيق لفحص اهمية الحركة اثناء المخاض, الا ان الفوائد الفعلية للحركة في المرحلة الاولى من المخاض يمكن ان تكون اكبر من ما تم ذكره في دراسات الحركة التي قام مؤلفون مرجع كوشران و غيره من تحليلها (هوليس مارتن و مارتن, 2013). و في تجارب عشوائية و مراقبة, طلب من المشاركين البقاء في مجموعة محددة بغض النظر عن اذا ما تحركن اثناء المخاض او لا. حيث ان هذه هي طبيعة التجارب و التي يجب ان تحلل و يقال "نية المعالجة". و يجب على المشاركات البقاء في مجموعتهن مما يجعله من الصعب ايجاد اختلاف كبير في التجارب السريرية المتعلقة بالحركة اثناء المخاض (غويزر, 2013). و احدي اهم النتائج هو انه لا يوجد دراسات ذكرت ان نشاط الامهات في المخاض يطيل فترته.

هناك العديد من الدراسات التي توجد فوائد للحركة اثناء المخاض, حيث ان النساء اللواتي يستخدمن مواضع مستقيمة تكون فترة

مخاضهن اقصر و التدخل الطبي يكون اقل و يشعرون بألم اقل و يصفن تجربة ولادة اكثر ارضاءا من النساء اللواتي يستخدمون مواضع الاستلقاء او شبه الرقود (بريدز, داهلين, سكمد, 2011). و ذكرت دراسة نشرت في ريسيرتش نيرسنگ ان النساء اللواتي يتخذن مواضع استقامة خلال المخاض يعانين من ألم اقل في اسفل الظهر مقارنة بالنساء اللواتي يتخذن مواضع الرقود عند المخاض (اداشي, شيمادا, يوساي, 2003). ان تغيير المواضع اثناء المخاض لا يساعد المواءم فقط على مواجهة الألم و لكن المواضع المستقيمة تستخدم الجاذبية الارضية لجلب الطفل للأسفل, في حين ان تغيير الموضع يحرك عظام الحوض بشكل متكرر مما يساعد الطفل على ايجاد افضل موضع يناسبه للنزول (ستورتن, 2007, سيمكن و انشيتا, 2011).

عوائق الحركة اثناء المخاض

على الرغم من ان بروتوكولات المستشفى تزود تعليمات لتغيير المواضع عند المخاض, الا انها تتعارض مع السياسات التي تطالب باستخدام التكنولوجيا كالمراقبة المستمرة للجنين و الحقن الوريدي الذي يحد من الحركة اثناء المخاض (هولنز مارتن و مارتن, 2013). ان بروتوكولات ادارة المخاض الحالية تستخدم رسومات بيانية لقياس عملية المخاض و مبنية على اساس منحى فريدمان و هي قياسات غير واقعية مبنية على ادلة حالية و توصيات لطول فترة المرحلة الاولى من المخاض (لافون و اخرون, 2013). و هذه الممارسات تعد من بين الممارسات المستهدفة في التقرير المجمع عليه بعنوان رعاية التوليد المتعلق بالمنع الامن للعملية القيصرية الاولى. و فرغ التقرير الى ان نتائج الولادة القيصرية تعد اكثر خطورة من الولادة المهبلية, حيث ان الوفيات الناجمة عن الجراحة القيصرية تشكل 2.7% من الولادات مقارنة ب 0.9% من نسبة الوفيات الناجمة عن الولادة المهبلية (تقرير رعاية التوليد المجمع عليه, 2014).

و بالاضافة الى ذلك فان الزيادة المرتبطة بوفاة الامهات اللواتي يخضعن لعملية جراحية يرفع خطر الدخول الى وحدات العناية المركزة لحديثي الولادة و الوفاة خلال فترة الولادة. و تتضمن التوصيات المجمع عليها للمرحلة الاولى للمخاض التالي: " الفترة المستمرة لفترات طويلة (على سبيل المثال, اكثر من 20 ساعة للنساء اللواتي ينجبن للمرة الاولى و اكثر من 14 ساعة للنساء اللاتي سبق لهن الانجاب) لا يجب ان تكون مؤشر للجراحة القيصرية, حيث ان المخاض البطيء و المتقدم في الوقت ذاته لا يجب ان يكون دليلا على الجراحة القيصرية. و ينبغي النظر الى اتساع عنق الرحم لحوالي 6 سم كعته لمرحله نشطه لاغلب النساء اثناء المخاض. و بالتالي يجب ان تخصص العملية القيصرية للفترة النشطة في المرحلة الاولى من المخاض للنساء اللواتي يصل اتساع رحمهم الى 6 سم فاكتر مع تمزق في الاغشية التي تفشل في احراز اي تقدم" (تقرير رعاية التوليد المجمع عليه, 2014, ص 7). و لا تتناول التوصيات الحركة في المرحلة الاولى من المخاض. و لكن تبحث في العوامل المؤدية الى ارتفاع العمليات القيصرية في الولايات المتحدة و هي: (1) عسر الولادة (2) اقتفاء معدل نبض غير طبيعي للجنين (3) سوء طريقة مجيء الجنين. و من المحتمل ان كل هذه العوامل تتأثر بالحركة اثناء المخاض.

تخطي عوائق الحركة اثناء المخاض

ان قلة استيعاب النساء و القائمين على الرعاية يعتبر عائق في تعزيز الحركة اثناء المخاض و لذلك يتطلب تحقيق الرعاية المثلى اثناء المخاض تخطي الحواجز التي تعيق تزويد هذه الرعاية. و مصطلح "الرعاية المثلى" مأخوذ من مفهوم المثاليه في رعاية الامومه المستمدة من الكلية الامريكية للممرضات القابلات (جور و رومانو, 2012). و تعتبر حرية الحركة واحدة من التمارين لتحقيق الرعاية المثلى في المخاض. و عادتاً ما ناقش تربويون الولادة قوة تقلصات الرحم و حجم و موضع الجزء الذي يولد الجنين من خلاله و مسلك جسم الام الذي يمر من خلاله الجنين كمفاتيح لتقدم عملية الولادة. يقترح غور و رومانو في الرعاية الامثل في الولادة قائمة بديلة لماتيج معرفة تقدم الولادة و هناك اربعة عوامل يجب ان تتوافر لدعم حركة المرأة و عمل جسمها الذاتي و هي: الاذن وطبيعة الجسم و التمارين و الاشخاص (غور و رومانو, 2012).

يحتاج النساء الى ادراك ان لديهن الاذن بالحركة و اختيار الموضع الذي يرغبن فيه من دون اي عوائق تحد من اختيارهن في حالة عدم حدوث مؤشرات طبية, حيث ان الخيار المدروس هو جزء من عملية صنع القرار المشترك بين المرأة و القائم على رعايتها لاعادة النظر في المخاطر و الفوائد و بدائل التمارين الموصى بها و الذي يعد في هذه الحالة تقييد الحركة و التي

تستجيب لها المرأة بناء على رغبة القائم برعايتها.

تحتاج البيئة المحيطة الى مساحة كافية لدعم حرية الحركة. في دراسة تجريبية اجريت في اثنتين من المستشفيات الكندية, تم وضع نساء على وشك الولادة بطريقة عشوائية في غرف ولادة اعتيادية او "غرفة محيطه" و ذلك لخلق بيئه من الهدوء لتعزيز الراحة و تشمل ادوات للمساعدة على الحركة. و كانت النتائج ان النساء الحوامل قضوا وقت اقل بنسبة 50% في السرير و استخدموا كمية اقل من الحقن الوريدية المسرعة للولادة (هودنت, سترملر, وستون و مكيفير, 2009). و مثال اخر على ذلك مستشفى ولاية كاليفورنيا التي تشجع الامهات على استخدام كرات الولادة حيث ان الهدف من هذا البرنامج هو رفع نجاح تجارب المخاض للنساء الباحثات عن الولادة المهبلية بعد العملية القيصرية (سيدار سيناي, 10 مايو, 2013). و اظهرت دراسة ان استخدام كرات الولادة للمساعدة على اهتزاز الحركات قل بشكل كبير درجات الالم في المجموعة التي تستخدم كرات الحمل في فترة الولادة الفعلية مما يتفق مع دراسات سابقة اشارت الى ان المواضع المستقيمة بين 6-8 سم تقلل من الم اسفل الظهر (ترافوني و اخرون, 2011, اداشي, شيمادا و يوساي, 2003).

و تحتاج النساء ايضا الى اذن لتجنب التمارين التي تتعارض مع التنقل. و بعض الامثلة على هذه التمارين تشمل: (1) القسطرة الوريدية التي يمكن ان تخصص لتقديم الادوية و التي تسمح للنساء بالحصول على السوائل الفموية و السرعات الحرارية و ادراجها عند الحاجة في الذراع بدلا من اليد حتى لاتقيد التنقل (2) استخدام مراقبة الجنين لاقوات متقطعة او القياس عن بعد لمراقبة الجنين الالكتروني بحيث يمكن للمرأة ان تتحرك و ذلك في حالة عدم وجود اسباب طبية تمنع ذلك. ان الادلة القائمة على الممارسات التي لا تستخدم الادوية و التي تعرف بالحد من الم المخاض تحتاج الى الاعتراف بها و تشجيع استخدامها كمعينات على الحركة. هذه الممارسات تشمل: الاسترخاء و التدليك و الوخز بالابر و الغمر في الماء (جونز و اخرون, 2012). و بالاضافة الى ذلك فان استخدام الحمام الدافئ اعتبر وسيلة غير دوائية فعالة لتخفيف الالم في تجربة عشوائية و مراقبة, فضلا عن كونها مريحة و داعمة للمواضع المستقيمة (لي و اخرون, 2012). و العديد من الممارسات التي يتم استخدامها من قبل تربويي الولادة و المستشارين النفسيين لمرحلة الولادة يمكن استخدامها بامان لدعم الولادة, رغم انه لم يتم دراسة فعاليتها جميعا. بعض العديد من هذه الممارسات تشمل: تمارين الحوض و الدفعات و الرقص البطيء و صعود الدرج حيث تساعد هذه التدخلات النساء على المشاركة الكاملة في عملية الولادة و الشعور بالراحة و الاعتناء بهم.

يحتاج القائمون على الرعاية الذين يعتنون بالمرأة الحامل الى الوثوق بالعملية الفسيولوجية. و تشمل سلوكيات القائمين على الرعاية و التي تدعم المرأة الحامل و تستوعبها, اولا احترام خيارات المرأة و ثانيا مساعدتها في تحقيق رغباتها و ثالثا تأييد غيرهم من مقدمي الرعاية بالنيابة عنها, حيث ان الخوف من المخاض هو اكبر مانع لتقدم عملية الولادة. في دراسة ل 2,206 نساء رغبين في الولادة المهبلية و تم تسجيلهن في تقييم الخوف من الولادة (استمارة الولادة المتوقعة, ويجما), اظهرت النتائج ان معدل الولادة يكون اطول ب 47 دقيقة للنساء اللاتي سجلن مستوى عال في تقييم الخوف من الولادة (ادام, ابرهارد_غان و اسكيلد, 2012). و بالتالي, تحتاج النساء للتعلم عن الولادة لمساعدتهن على فهم و الوثوق في العملية الفسيولوجية. و في استطلاع منفصل لخيارات النساء عند الولادة, ذكر سكوتلاند ان النساء قدروا الولادة المهبلية و اكثر ما اثر بهم هي تجارب ولادتهن السابقة. و لكن كان هنالك بعض المتناقضات في هذه الدراسة من حيث ان النساء اردن توفر اعلى مستوى من التدخلات و في الوقت نفسه فضلوا تجربة اقل مستويات التدخل المتوفرة, و بعض المبادلات كانت مقبولة مثل الذهاب الى البيت اذا لم يكن المخاض نشطا لتجنب امضاء وقت في المشفى و ايضا لتقليل احتمالية التدخلات الطبية (سكوتلاند و اخرون, 2011).

احدى الامثلة على سياسة المشفى التي تحتاج الى ردع كامنة في قبول الولادة بناء على تقرير مجمع عليه ينص على ان الولادة تبدأ عند توسع الرحم الى 6 سم (لافون و اخرون, 2013). تشير النساء اللواتي انجن مؤخرا بأنهن سوف يقبلن محاولات لتقليل الدخول المبكر الى المستشفى في حالة نتج عنه تقليل في الفترة المستغرقة في غرفة الولادة و تقليل فترة عدم الحركة خلال المخاض (سكوتلاند و اخرون, 2011). و من الواضح ان السياسات التي تهدف الى معالجة القبول المبكر و التدخل خلال المخاض يجب ان تشمل جهود لتعليم النساء حول فترة المخاض و الوقت المناسب لدخول المشفى و ان المخاض الذي يستمر لفترة طويلة ليس مؤشرا على ضرورة التدخل (سكوتلاند و اخرون, 2013). بالاضافة الى ذلك, فان النساء تحتاج الى الادوات

و الثقة للعمل على المخاض في البيت و حرية الحركة لتقليل التدخلات الطبية عند دخول المشفى.

تلخيص

هناك طريقة مثلى للانجاب و تدعم العملية الفسيولوجية (لوثيا, 2009, غور و رومانو, 2012, ANCM 2013). لا يوجد دراسة قط اظهرت ان المشي مضر لصحة النساء اللواتي ينجبن بشكل طبيعي. و هذا هو الاستنتاج المبني على دلائل لتمرين الولادة الصديقة للام و التي تزود النساء حرية الحركة و التنقل و تفترض المواضيع التي تختارها الام خلال المخاض الصادرة عن ائتلاف تحسين خدمات الامومة (ستورتن, 2007). "موضع المرأة اثناء المخاض و التحرك و الخوف او على العكس الثقة يمكن ان يؤثر على نسبة الام" (جونز و اخرون, 2013). ان الممارسة الحالية و هي التدخل الكثيف خلال المخاض ساهم في رفع معدل الولادات القيصرية في الولايات المتحدة بنسبة تقريبا ثلث من النساء و نتج عنه ارتفاع نسبة الوفيات و معدلات الاعتلال (رعاية التوليد الموافق عليه, 2014). و بما ان عسر الولادة تعتبر المؤشر الاكثر شيوعا للعملية القيصرية, فان الجهود التي تبذل لتقليل نسبة القيصرية يجب ان تشمل جهودا لدعم العملية الفسيولوجية و التي تلعب حركة الام فيها دورا اساسيا. و تحتاج النساء للشعور بانهن يستطيعن الانجاب في بيئه داعمة و تقلل خوفهم من الام و ذلك من خلال دعم قدرتهن على التأقلم مع الم المخاض بما في ذلك امتلاك الحرية على المشي و التحرك و تغيير المواضيع خلال المخاض.

الاثار المترتبة على الممارسة المبنيّة على ادلة

ان فلسفات و افضليات مقدمي رعاية الامومة بما في ذلك الاطباء و القابلات و الممرضات و اخصائي الدعم النفسي و المعنوي و تربويو الولادة تؤثر على التوصيات التي يقدمونها للنساء الحوامل. تستخدم بعض نماذج الرعاية و اعدادات الولادة الحركة في كثير من الاحيان اكثر من غيرها. و رغم ان هناك ادلة تثبت ان المشي و المواضيع المستقيمة تقلل من فترة المرحلة الاولى من المخاض, الا ان هناك حاجة لدراسات ذات نوعية افضل لتوضيح هذه الاهمية لمزودي الرعاية الصحية و توجيههم لاعطاء توصيات اكثر دقة للمشي و الحركة. و يوجد فهم غير كاف لماهية التسهيلات او الموانع التي تستخدمها المرأة لموضع الولادة الفسيولوجي (بريديز, داهلين و سكيمد, 2012). يترك مرجع كوهران بعض الاسئلة المهمة فيما يتعلق بالحركة ليتم الاجابة عنها مثل الادارة بعد تمزق الاغشية و التخدير فوق الجاف (لورنس و اخرون, 2013, غور, 2013). و بناء على المعلومات الحالية, يمكننا تشجيع النساء على اختيار المواضيع بانفسهن. و يقترح هولس مارت ان يتم اجراء المزيد من البحوث فيما يتعلق بعوامل و تمارين ضمن انظمة الصحة الحالية و التي تسهل او تمنع المرأة من اتخاذ مواضيع مختلفة اثناء المخاض و الولادة (2013). ان الاجابة على ثلاثة اسئلة من البحث سوف توفر المزيد من الوضوح للقائمين على الرعاية و النساء حول ماهية استخدام الحركة و المواضيع ليس فقط لتقليل فترة المخاض و لكن لتخفيف الام. اسئلة البحث التي يقترحها هولس مارتين هي:

1. ما هي تجارب النساء النوعية المتعلقة بالحركة او لاقتصار حركتهن على شبه رقود على السرير خلال المرحلة الاولى من المخاض؟
2. ما هي التأثيرات البيئية و التعليمية و الثقافية التي تقنع او تثني النساء عن الحركة الجسمية خلال المرحلة الاولى من المخاض؟
3. ما هي المواضيع و الحركات المفصلة التي تؤثر على تقدم المخاض خلال فترته الاولى؟

References

- Adachi, K., Shimada, M., & Usai, A. (2003). The relationship between the parturient's positions and perceptions of labor pain intensity. *Nursing Research*, 52(1), 47-51.
- Adams, S.S., Eberhard-Gran, M., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: A study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG*, 119(10), 1238-1246.
- American College of Nurse-Midwives, Midwives Alliance of North America, & National Association of Certified Professional Midwives. (2012). *Supporting healthy and normal physiologic childbirth: A consensus statement*

by ACNM, MANA, and NACPM.

- Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S., & Risher, P. (2002). *Listening to mothers: Report of the first national U.S. survey of women's childbearing experiences*. New York: Maternity Center Association.
- Declercq, E.R., Sakala, C., Corry, M.P., Applebaum, S. & Herrlich, A. (2013). Major survey findings of Listening to Mothers III: Pregnancy and birth. *Journal of Perinatal Education*, 23(1), 9-16, <http://dx.doi.org/10.1891/1058-1234.23.1.9>
- Goer, H. (2013). Cochrane systematic review supports Lamaze Healthy Birth Practice #2-Walk, Move Around and Change Positions in Labor. *Science & Sensibility Blog*. Retrieved from <http://scienceandsensibility.org/?p=770>
- Goer, H., & Romano, A.M. (2012) *Optimal care in childbirth: The case for a physiologic approach*. Seattle, WA: Classic Day Publishing.
- Hodnett, E. D., Stremler, R., Weston, J. A., & McKeever, P. (2009). Re-conceptualizing the hospital labor room: A pilot trail. *Birth*, 36(2), 159–166.
- Hollins Martin, C.J., & Martin, C. (2013). A narrative review of maternal physical activity during labour and its effects upon length of first stage. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 19, 44-49 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2012.09.001>).
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T. Alfierovic, Z., Gates, S., Newborn, M., Jordan, S., Lavender, T., & Neilson, J. (2012). Pain management for women in labour: An overview of systematic reviews. *Cochrane Library of Systematic Reviews*, <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009234.pub2/full>>.
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T. Alfierovic, Z., Gates, S., Newborn, M., Jordan, S., Lavender, T., & Neilson, J. (2013). Pain management for women in labour: An overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Retrieved March 6, 2014, published on-line June 5, 2013 <<http://summaries.cochrane.org/CD009234/pain-management-for-women-in-labour---an-overview>>
- Laughon, S.K., Branch, D.W., Beaver, J., & Zhang, J. (2012). Changes in labor over 60 years. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 206(5), 419.e1-9, doi: 10.1016/j.ajog.2012.03.003.Epub2012Mar10.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G.J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Oct 9; 10: No.: CD003934. doi: 10.1002/14651858. CD003934.pub4 . Retrieved March 6, 2014 from [http://summaries.cochrane.org/CD003934/mothers position-during-the-first-stage-of-labour](http://summaries.cochrane.org/CD003934/mothers-position-during-the-first-stage-of-labour)>
- Lee, S.L., Liu, C.Y., Lu, Y.Y. & Gau, M.L. (2012). Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage. *JOGNN*, 42(1), 19-28.
- Lothian, J. (2009). Safe, fealthy birth: What every pregnant women needs to know. *The Journal of Perinatal Education*, 18(3), 48-54. doi: 10.1624/105812409X461225
- Moms rock and roll through childbirth*. (2013). A program at Cedar Sinai Hospital, Los Angeles, CA. Retrieved March 16, 2014 from <http://www.wcax.com/story/22218884/rock-and-roll-deliveries?>.
- Obstetric Care Consensus. (2014). Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery: ACOG and SMFM. *Obstetrics & Gynecology*. Retrieved March 6, 2014 from [http://www.acog.org/Resources And Publications/Obstetric Care Consensus Series/Safe Prevention of the P rimary Cesarean Delivery](http://www.acog.org/Resources%20And%20Publications/Obstetric%20Care%20Consensus%20Series/Safe%20Prevention%20of%20the%20Primary%20Cesarean%20Delivery)
- Priddis, H., Dahlen, H. & Schmied, V. (2012). What are the facilitators, inhibitors, & implications of birth positions? A review of the literature. *Women and Birth*. 25 (3), 100-106.
- Romano, A.M., & Lothian, J.A. (2008). Promoting, protecting, and supporting normal birth: A look at the evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37(1),94-105. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00210.x 18
- Sakala C., & Corry, M.P. (2008). Evidence-based maternity care: what it is and what it can achieve. New York, NY: Milbank Memorial Fund. Retrieved March 15, 2014 from www.childbirthconnection.com

Lamaze International

2025 M Street, NW, Suite 800 • Washington, DC 20036
www.lamazeinternational.org • info@lamaze.org

- Scotland, G., McNamee, P., Cheyne, H., & Barnett, C. (2011). Women's preferences for aspects of labor management; results from a discrete experiment. *Birth*, 38(1), 36-47.
- Simkin, P., & Ancheta, R. (2011). *The labor progress handbook: Early interventions to prevent and treat dystocia (3rd ed.)*. New York, NY: Wiley-Blackwell.
- Shilling, T., Romano, A.M., DiFranco, J. (2007). Care practice: freedom of movement throughout labor. *The Journal of Perinatal Education*, 16(3), 21-4.
- Shilling, T. (2009). Lamaze International Healthy Birth Practice #2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor. Retrieved March 5, 2014 from www.lamazaeinternational.org/cm/id/fid=83
- Storton, S. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis of mother-friendly care. Step 4: Provide the birthing woman with freedom of movement to walk, move, and assume positions of her choice. *Journal of Perinatal Education*, 16 (Supp 1), 25S-27S.
- Traavoni, S., Abdolahian, A.S., Haghani, H., Neysani, L. (2011). Effect of birth ball usage on pain in the active phase of labor: a randomized controlled trial. *Journal of Nurse Midwifery & Women's Health*, 56(2), 137-140, doi:10.1111/j.15412011.201000013x.
- World Health Organization. (1996). *Care in normal birth: A practical guide*. Geneva, Switzerland: Author.

السيرة الذاتية للكاتب

ميشيل اونديك هي مدربة معتمدة لرعاية الحمل والولادة و الامومة المبكرة، وموظفة في مستشفى ماجي للنساء UPMC لاكثر من 30 عام. وهي رئيسة مجلس إدارة لاماز الدولي ومستشارة في التعليم المجتمعي.

لمعلومات اضافية عن المقالة يجب توجيهها الى ميشيل اونديك. RN, MEd, IBCLC, LCCE, FACCE. على البريد الالكتروني التالي:

mondeck@mail.magee.edu or ondeml@mail.magee.edu